FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1941

ANEXITĂ ȘI SARCINĂ

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 27 Iunie 1923

DE

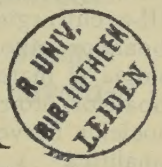
I. D. OBLU
Absolvent al Facultății

— BUCUREȘTI —
TIPOGRAFIA «CONVORBIRI LITERARE» STR. CÂMPINEANU, 17
1923

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 1941

ANEXITĂ ȘI SARCINĂ



TEZA

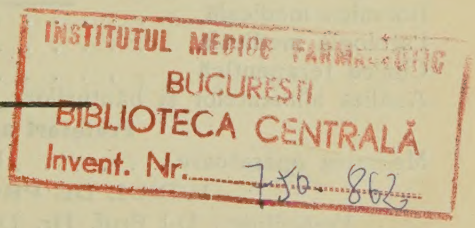
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 27 Iunie 1923

DE

I. D. OBLU
Absolvent al Facultății



— BUCUREȘTI —
TIPOGRAFIA «CONVORBIRI LITERARE» STR. CÂMPINEANU, 17
1923

Decan D-nul Prof. Dr. IONNESCU TH.

Profesori titulari :

Clinica II-a chirurgicală . . . . . D-l Dr. ANGELESCU C.
Chimia medicală . . . . . „ „ ATANASESCU
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie „ „ BĂLĂCESCU I.
Anatomia patologică . . . . . } „ „ BABEȘ V.
Bacteriologia și patologia experimentală }
Istologia normală și Istogeneza . . . . „ „ BESNEA ST.
Medicina experimentală . . . . . „ „ CANTACUZINO I.
Clinica Ginecologică . . . . . „ „ DANIEL C.
Clinica a II-a medicală . . . . . „ „ DANIELOPOL D.
Anatomia topografică II . . . . . „ „ GEROTA D.
Farmacia chimică și galenică . . . . „ „ GEORGESCU M.
Clinica și teoria obstetricală . . . . . „ „ GHEORGHIU N.
Anatomia topografică I }
Clinica I chirurgicală } . . . . . „ „ IONESCU TH.
Clinica III-a medicală . . . . . „ „ IONESCU D.
Clinica III-a chirurgicală . . . . . „ „ JUVARA E.
Clinica boalelor căilor urinare . . . . „ „ JIANU A.
Farmacologia și materia medicală . . „ „ LALU S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice . „ „ METIANU N.
Clinica boalelor nervoase . . . . . „ „ MARINESCU GH.
Chimia analitică . . . . . „ „ MINOVICI ȘT.
Clinica infantilă . . . . . „ „ MANICATIDE M.
Igiena și poliția sanitară . . . . . „ „ MEZINCESCU D.
Medicina legală . . . . . „ „ MINOVICI M.
Oftalmologia și clinica oftalmologică . „ „ MANOLESCU D.
Clinica I-a medicală . . . . . „ „ NANU-MUSCEL I.
Clinica dermatologică și sifiligrafică . . „ „ NICOLAU ȘT.
Clinica mentală . . . . . „ „ OBREGIA AL.
Fiziologia umană . . . . . „ „ PAULESCU N.
Patologia generală . . . . . „ „ PROCA GH.
Anatomia descriptivă și embriologia . „ „ RAINER FR.
Zoologia medicală . . . . . „ „ SIHLEANU ST.
Botanica medicală . . . . . „ „ SOLACOLU T.
Patologia medicală . . . . . „ „ THOMESCU I.TH.
Clinica terapeutică . . . . . „ „ THEOHARI A.
Analiza alimentelor și băuturilor . . . „ „ VINTILESCU I.

Profesori agregați ;

Medicina operatoare . . . . . D-l Dr. CONSTANTINESCU C

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

Președinte : D-l Prof. Dr. DANIEL C.
Membrii : „ » » JUVARA E.
„ » » LALU S.
„ Conf. » JIANU I.
» Doc. » HRISTIDE E.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare, nici desaprobare.

Domnilor Profesori

Dr. C. DANIEL,
Dr. S. LALU şi
Dr. E. JUVARA

omagii şi admiraţie.

Intregului meu juriu de promoţiune toată gratitudinea şi devotamentul meu.

Celor cari au contribuit prin munca, ştiinţa şi cultura lor la pregătirea şi desăvârşirea cunoştiinţelor mele medicate — le aduc prinosul meu de adâncă recunoştiinţă.

Gynecologie şi Obstetrică, articol ce mi-a inspirat subiectul tezei mele.

Complicaţiunea de avort în cursul sarcinei nu este rară şi trebue să credem că nu este o simplă coincidenţă, ci tocmai o urmare fatală — favorizată de inflamaţiunile anexiale.

In cursul jumătăţei a doua a sarcinei diagnosticarea cazurilor complicate este extrem de dificilă, iar la început din cauza lipsei de simptome subiective şi obiective. La multe bolnave — prezentând dureri şi antecedente infecţioase, ipoteza unei salpingite trebue să fie luată în seamă.

Adesea numai un diagnostic precoce poate permite o bună terapeutică. —

Ne propunem să studiem raporturile etiologice — cari sunt între complicaţiunile salpingo-ovariene şi starea de gestaţie şi să vedem particularităţile evoluţiei clinice, consecinţele terapeutice, pe care le reclamă coexistenţa unei sarcine cu anexită. — Deci vom avea în vedere, repercusiunea anexitelor asupra sarcinei şi repercusiunea sarcinei asupra anexitelor.

Infecţiunile anexiale iau rareori un caracter benign. Ele se pot complica, ca orice anexită în afară de sarcină, prezentând de la simple dureri şi redeşteptări ale vechilor inflamaţiuni — până la septicemii şi peritonită generalizată.

Complicaţiunile acestea pot avea loc la începutul sarcinei în 31% din cazuri, după Brindeau; în apropierea travaliului şi mai ales în post-partum.

Studiul acestor complicaţiuni ne va sili să socotim orice anexită coincidând cu sarcina — ca o afecţiune foarte serioasă, ce trebue supraveghiată cu cea mai mare atenţiune.

ISTORIC

Lucrări mai vechi, cari să trateze net chestiunea influenței reciproce a anexitei și sarcinei, nu sunt.

In 1883, Mégrat descrie peritonita în timpul gestației, dar numărul restrâns al observațiilor și relatărilor aduse — nu sunt concludente.

In tratatul lui Müller se arată în 2 observațiuni peritonita acută la o femeie însărcinată — consecutivă extensiei unei pelviperitonite.

In 1891, în tratatul său de supurațiuni pelviene, Pierre Delbet studiează relațiunile salpingo-ovaritelor cu infecția puerperală. Citează unele cazuri, unde «salpingitele vechi continuă să evolueze după facere sau avort și se manifestă prin semne generale de septicemie și de pyohemie», și arată opt observațiuni cu peritonită purulentă la lehuze, datorită rupturei unei salpingo-ovarite vechi. El recomandă rezecția trompei.

In 1892, Blanc publică 12 observații personale și alte 40, unde se pune în evidență influența defavorabilă a sarcinei asupra inflamațiilor peri-uterine și reciproca. Face considerațiuni interesante asupra etiologiei, patogeniei și diagnosticului acestor complicațiuni. El dă 35% cazuri de întreruperea sarcinei din cauza complicațiilor anexiale.

Von Franqué, în 1906, citează în tratatul său 25 cazuri de anexită cu sarcină. El crede posibilă reproducțiunea în infecția gonoreică și puerperală.

H. Martius (Bonn), făcând o statistică asupra cazurilor publicate de von Franqué, spune că s'au mai publicat încă 7 noi

cazuri, iar el aduce alte 2 observaţii foarte interesante, una cu un pyosalpinx, torsionat, anexite duble, avort, extirparea totală a uterului şi trompelor, vindecare. Al 2-lea caz este fatal: abces ovarian cu perforaţie în timpul leuziei, provocând «o peritonită prin perforaţie» şi moarte.

Fritsch şi Martin au arătat un caz de sarcină — însoţită de o salpingită dublă, iar Gradl a publicat în 1912 alt caz, la care a găsit, după laparotomie — tumori anexiale bilaterale aşa de mari, încât nu le-a putut extirpà, iar sarcina a continuat până la sfârşit.

Gross face cunoscut alte 5 cazuri la 1906; von Bardeleben la fel în 1907; Grosse în 1911 şi Patel şi Dujót în 1913.

Amann, în Menge-Opitz, tratatul de Gynecologie din 1913, susţine că în inflamaţiunile duble gonoreice ale anexelor — ar fi o suprimare continuă a funcţiunei genitale adică sterilitatea. Von Franqué (ibidem) crede din contra reproducţia posibilă după luni şi ani de la infecţiunea gonoreică sau puerperală. El arată că la clinica lui Chrobak s'a observat după inflamaţiunile bilaterale 7% naşteri normale (însă anterior nu erau ambele trompe inflamate); iar după inflamaţiunea unilaterală a anexelor — în 16% din cazuri sarcină fiziologică. — Abel e de aceiaşi părere, susţinând în prelegerile de Obstetrică din 1922, — permeabilitatea canalului trompei, devenind liber chiar în cazurile de inflamaţiune — când aceasta se credea imposibil.

Kisch, în viaţa sexuală a femeiei, arată după Noble, că nici pyosalpinxul n'ar împiedecà în mod absolut concepţia.

Küstner neagă posibilitatea vindecărei complecte a trompelor — în tratatul său din 1908, totuşi admite posibilitatea concepţiunei.

Schauta şi Frisch afirmă imposibilitatea vindecărei afecţiunilor inflamatorii gonoreice a anexelor — la congresul gynecologic din Breslau.

Dintre lucrările mai noi se pot cita acelea a lui Pinard, Hlavacek, Fraipont, tezele lui Gille, Clénet, de Vésian, Wagner şi Baudet.

Prof. Brindeau scrie un memoriu interesant în 1917 despre «salpingo-ovaritele complicând sarcina. Studiează salpingita —

cauză de avort şi chiar sediu complicaţiunilor de ordin mecanic sau infecţios în timpul sarcinei». Adună 93 observaţiuni de sarcină complicată de anexită şi indică tratamentul, care în fiecare caz trebue să fie aplicat în momentul oportun. Se arată cu totul intervenţionist şi în ajutorul concluziilor sale — aduce mai multe observaţii personale, în care un tratament chirurgical bine condus a putut să salveze bolnavele, cari ar fi sucombat cu siguranţă fără intervenţie.

In revista de Gynecologie (No. 46 — 1918) — scrie că inflamaţiunile cronice ale anexelor nu sunt totdeauna o piedică pentru concepţiune.

Hoffmeier, în tratatul de Obstetrică 1921, crede că sterilitatea e definitivă in pyosalpinxul bilateral. Seitz este de aceiaşi părere.

Hermann citează totuşi un caz de inflamaţiune anexială bilaterală gonococică, în care s'a obţinut vindecarea şi mai târziu graviditatea (Gynecologie operativă 1912). Bergmann, Gradl şi von Jaschke relatează fiecare câte un caz de anexită bilaterală urmate de sarcină. Mai noi sunt observaţiunile lui Arnold şi Ottow — ambele cu salpingite duble şi sarcină cu naştere la termen (Zentralbatt f. G. No. 4 şi 35 1922).

E. Koch publică un caz de anexită bilaterală cu inflamaţiune gravă în timpul lehuziei şi îşi pune întrebarea de a şti cauza : o infecţiune gonococică sau puerperală — era la bază ? După $4^1/_2$ luni a apărut prima şi ultima menstruaţie—de oarece a urmat imediat sacina. Numai în cazurile lui Gradl ($3^1/_2$ luni) şi Ottow (4 luni) concepţiunea s'a făcut şi mai iute (Koch E. Zernalbatt f. G. No. 13 1923).

G. Richter dă o frumoasă literatură şi comunică o observaţie asupra unui caz de abces ovarian cu perforaţie în timpul sarcinei, a 7-a lună prin ultima cohabitaţiune şi consecutiv peritonită purulentă şi moartea pacientei (Zentralblatt f. G. No. 10. 1923). Blanc arată o mortalitate prin perforaţie (ruptură) de 49%. Küstner crede cifra ridicată, dar socoteşte prognosticul foarte serios, chiar în avort, — peritonita fiind regulă.

ETIOLOGIE

In cursul sarcinei sau după facere în timpul lehuziei, anexitele pot fi sediul complicaţiilor imflamatorii septice; a complicaţiunilor mecanice, aseptice şi a complicaţiuniior de torsiune.

I. Complicaţiunile septice sunt cele mai importante. Ele pot exercita influenţa lor după cum 1) leziunile anexiale preced sarcina sau 2) ele se dezvoltă posterior fecondaţiunei.

1. *Leziuni anexiale anterioare fecondaţiunei.*

Este bine ştiut că o salpingo-ovarită, cel puţin cea unilaterală nu împiedică în mod absolut concepţiunea. Accidentele legate de existenţa unei salpingo-ovarite pot să se producă: fie în timpul sarcinei, fie în timpul travaliului şi în zilele următoare facerei, fie în fine, la o perioadă mai tardivă — cam după 10 zile după unii autori — până la o lună.

Sarcina. Influenţa ei asupra leziunilor anexiale e foarte diferit apreciată de autori. Blanc insistă asupra influenţei dintre cele mai nefaste exercitată foarte adesea de către sarcină asupra inflamaţiunilor peri-uterine, asupra salpingo-ovaritelor în special. In ajutorul părerei sale el citează mai multe observaţiuni şi statistice. După statisticele lui sprijinite pe 45 cazuri de infecţie peri-uterină, complicând sarcina, mortalitatea generală este de 42%. Ea se ridică la 62% dacă nu se ţine seama de cât de salpingo-ovarită. In afara sarcinei, Delbet arată o mortalitate de 20%.

Printre observaţiile publicate se poate găsi un oarecare număr unde influenţa agravantă a sarcinei pare indiscutabilă. Femei cu imflamaţiuni anexiale au la fiecare sarcină nouă puseuri acute şi chiar la urmă accidente ce necesită un tratament chirurgical; între timp, din contra, aceste femei nu acuză nici o turburare. Intervenţia pune în evidenţă leziuni anexiale.

Diferiţi chirurgi au fost siliţi să facă o dublă salpingectomie pentru pyosalpyux bilateral (Delageniere, Bowee etc.). Aci leziunile s'au agravat după începutul sarcinei.

E foarte greu de stabilit o statistică care să arate măcar aproximativ frecuenţa acestor complicaţiuni, de oarece cea mai

mare parte din anexite sunt îngrijite la consultaţiunile si serviciile de chirurgie. Când bolnavele vin în serviciile de specialitate şi maternitate semnele obiective şi chiar subiective poate să fi dispărut.

Ar fi de un mare interes practic de a putea discerna printre salpingo-ovarite pe acelea, cari pot permite o srrcină normală şi acelea, cari din contră rămân o ameninţare pentru gestantă.

Traumatismele, fie ele accidentale ca loviri, actul coitului în condiţiuni furtunoase şi neobişnuite (cazul Richter) intervenţiunile cu scop terapeutic pot declanşa accidente diferite, de o gravitate mai mult sau mai puţin mare.

Datorită leziunilor inflamatorii anexiale, coincidând cu un proces endometritic şi o deviaţie uterină — avortul sau facerea prematură poate avea loc adesea ori. «Dacă e adevărat că trebue să te temi mai mult de inflamaţiile recente şi de acelea cari au dat loc la manifestaţii sgomotoase, repetate, nu e mai puţin adevărat că accidente de cea mai mare gravitate isbucnesc câte odată la o femeie, care de mai multe luni, nu resimţise nici o o durere» scrie Ch. Baudet.

Goullioud pretinde din contră, că sarcina acţionează favorabil asupra salpingo-ovaritelor cronice. Câteva observaţiuni aduse de el, prezintă cele mai frumoase cazuri de vindecare complectă, ce se poate vedea. Martius, Koch susţin acelaş lucru. Sarcina produce o activare a circulaţiei — hiperemie pelviană, analogă metodei lui Bier, mijloacelor terapeutice rezolutive, diatermiei. Pe lângă această hyperemie puerperală există şi o stare de hyperlimfie. Sarcina face să se ramolească ţesuturile cicatriciale şi le redă supleţa, mai bine decât toate masagiile. In cazurile citate de Goullioud lehuzia a fost dintre cele mai simple fără complicaţii.

Fraipont admite că influenţa rea a sarcinei asupra anexitelor chiar cu aderenţe este minimă sau nulă. Mai mult susţine că ramolismentul normal al ţesuturilor uterine şi periuterine în timpul sarcinei, mărirea progresivă a uterului şi distensiunea ligamentelor duc încet la ruperea aderenţelor şi a cicatricelor peluviene, As fel pot dispărea urmele afecţiunilor primitive. Ulterior, după facere, aceste bolnave nu mai resimt răul din nainte.

Lucas Championniere, De Vésian, Hlawacek, sunt cam de aceiaş părere.

Putem conchide cu Prof. Brindeau că «un număr destul de mare de femei, cari ierau îngrijite pentru salpingite devin însărcinate şi duc gestaţia şi facerea lor fără accidente. Ele zic chiar că sarcina loi le-a vindeçat complet şi ele văd dispărând durerile ce le simţeau înainte. Dar în afară de aceste cazuri, cari s'au ameliorat prin sarcină, există din nenorocire altele cari sun consderabil agravate.» Procentul agravărilor, în general, este mai mare ca al ameliorărilor.

2. *Leziuni anexiale postertoare fecondaţiunei* Sunt destnl de rare şi mai ales foarte dificil de dovedit. Cum vom putea afirma că anexele erau sănătoase înaintea sarcinei? Numai tuşeul poate găsi anexele mărite de volum, femeia neprezentând nici o turburare funcţională. Prof. B indeau admite că «infecţiunile anexiale post conceptionem sunt rare totuşi ele există în mod sigur». Ele se pot produce utmând trei căi: ascendentă, b) apendiculară, c) sanguină.

a) *Infecţia ascendentă, venind din afară.* Blenoragia e în primul rând o cauză de infecţiune anexială. Femeia însărcinată contractând blenoragia, infecţiunea prin intermediul mucoasei uterine în primele luni ale gestaţiei, la o perioadă când cele două caduci nu sunt încă lipite, se propagă până la anexe. «Infecţia e chiar posibilă mai târziu, căci noi ştim că nu e rar de a găsi în caduca microorganisme, chiar la sfârşitul sarcinei» Cazurile lui Walter, Nathan-Larrier, Emanuel, Brindeau citate de Baudet. Instrumentele introduse în uter în scopul provocării avortului criminal pot da inoculaţiuni salpingiene la începutul sarcinei.

b) *Infecţiunea poate proveni de la apendice.* Intre trompa dreaptă şi apendice există relaţiuni. Ligamentul apendiculo-ovarian descris de Clado, limfaticele existente şi adesiunile ce se pot stabili pot face posibilă trecerea infecţiunei dela un organ la altul. Fueth insistă asupra faptului că apendicele chiar din a 7-a lună este accolat la trompă dreaptă. Ch. Wagner publică un caz interesant în teza sa (Strasbourg 1920). Câteodată e dificil de a şti care este punctul de plecare al dublei infecţiuni-apendicită

şi anexită, dar se pare mai degrabă că infecţiunea primitivă provine, cele mai adeseaori dela apendice.

c) *Infecţia pe cale sanguină sau metastatică.* Chambrelent şi Cathala arată că femeile însărcinate când sunt atinse de o infecţie acută sau cronică pot avea leziuni ale organelor anexiale şi chiar modificări ale reacţiunilor umorale, ce le pun în stare de mai mică rezistenţă. Cercetările lui Sanarelli conchid că infecţiunile primitiv sanguine şi apoi secundar localizate sunt cu mult mai frequente decât se crede. Dacă infecţia survine în timpul sarcinei (gripă, colibaciloză sau dacă se produce în timpul lehuziei) e uşor de înţeles că microbul va putea să provoace o localizaţie în ovare sau trompe, chiar în infecţiunile puerperale (formele uşoare cu localizare. Dr. Nissim). Pentru a ajunge în trompe bacilul Koch urmează calea sanguină, însă această infecţiune tuberculoasă pare să fie rară în timpul sarcinei. Blanc a adunat cinci cazuri de acestea

Infecţiuni de acest soiu pot avea loc şi în post-partum.

II. Complicaţiuni mecanice aseptice

Anexitele determină aproape întotdeauna formarea de aderenţe, cari vor lega trompa, ovarul şi uterul între ele şi de altă parte cu micul basin, cu organele vecine, intestin, epiploon etc. In cursul sarcinei, prin desvoltarea uterului, smulgerile exercitate de el asupra organelor conexionate provoacă dureri mai mult sau mai puţin vii. E adevărat că în acest timp aderentele se ramolesc, se îmbibă de serozitate, devin mai elastice şi sufăr din acest punct de vedere, aceleaşi modificări ca toate organele pelviene.

Varnier şi Pinard au insistat asupra faptului că aderentele para-uterine rămân mai resistente ca cele peri-uterine. In oarecari cazuri rezistenţa bridelor existente poate determina fenomene de ocluzie intestinală. Témoin citează un caz de ileus prin bridă peritoneală la o femeie gravidă. In cazul lui Werth im e vorba de un ileus produs brusc prin o bridă, ce legă ovarul de uter, la o însărcinată în a 5-a lună.

Kohts citează un caz mortal la o pacientă în a 8-a lună

a sarcinei sale — din cauza ocluziei intestinale produsă de bride perîovariene. O observaţiune asemănătoare de bridă comprimând colonul pelvian a fost publicată de Champetier de Ribes.

Aderenţele pot să păstreze o rezistenţă suficientă pentru a explica în oarecari cazuri durerile, câte odată aşa de vii, ce se observă în afara oricărui semn de ordin infecţios.

Bridele acestea pot să se rupă. Ele sunt în general puţin vascularizate, dând puţin sânge prin rupere. Totuşi într'un caz al lui Murphy s'a practicat laparotomia pentru o emoragie internă datorită rupturei aderenţelor ce legau ovarul de organele vecine. Watkins, Müller şi Schmorl au văzut revărsări sanguine intraperitoneale prin ruperea vechilor bride.

III. Complicaţiuni de torsiune.

Sunt destul de rare la femeia gravidă. Modificările aduse de sarcină uterului creiază o predispoziţie particulară din cauza deplasărilor şi contracturilor uterului asupra poziţiunei obişnuite a anexelor.

PATOGENIE

In salpingitele septice. Dacă conţinutul trompei a rămas sau a redevenit septic, complicaţiunile evoluează diferit după sediul şi propagarea sa şi în condiţiuni foarte diferite.

După unii autori (Martius, Richter, Koch, etc.) congestia organelor din micul basin e socotită ca un proces favorabil rezoluţiei şi vindecărei accidentelor septice ; după alţii, din contra constitue o cauză posibilă de agravare. Ambele păreri au partea lor de adevăr, după cazurile atât de diferite, pe care infecţiunile şi pacientele ni le oferă. Se ştie cum epoca congestivă a menstrelor constitue adesea crize acute de anexită. Asemenea congestia graviditaţei singura poate redeştepta o infecţie latentă, rău stinsă.

a) *In timpul sarcinei* uterul mărindu-se de volum şi evoluând în sus spre cavitatea abdominală, dacă au fost aderenţe mai dinainte stabilite între anexele lui şi peretele micului basin atunci o colecţiune purulentă a ovarului sau trompei se poate

deschide, rupându-se acele aderenţe ce fixau punga, liberând astfel mici focare infecţioase în cavitatea peritoneală. Prin acelaş mecanism, acelaş lucru se poate întâmpla la un curetaj prin scoborârea uterului cu pensa lui Museux, care prinde colul, întinde trompele, rupe aderenţele şi consecutiv avem un puseu de anexită sau o pelviperitonită. Nu numai deplasarea prin creşterea normală a uterului gravid, dar chiar mişcările bruscate sau lovirile mai violente ale regiunei abdominale pot fi cauze de rupturi ale pungilor cu puroiu. Peretele unor salpingite chistice e aşa de fragil, încât un simplu examen făcut cu prudenţă, uşor poate produce ruperea pungei. Legueu semnalează 2 asemenea cazuri şi arată o observaţie a lui Herrmann, în care coborârea uterului, a provocat deschiderea unui chist tubar. Dacă găsim o trompă negricioasă pe alocuri, la o intervenţie, perforată, având aspectul apendicelor gangrenate, aceasta este o «fisuraţie septică» procesul patologic fiind acelaş.

Câteodată puroiul poate ţâşni prin *ostium abdominale*. Gosset şi Mouchotte, Brindeau, Gross, Krosing, etc. arată acest fenomen, în observaţiile lor. Explicaţia stă în faptul că punga salpingiană, bine fixată, nu poate suporta presiunea uterului mărit de volum şi atunci puroiul forţează ostium abdominale. In timpul gestaţiei, cavitatea uterină ocupată de oul ce se desvoltă, — supapa uterină ce permitea evacuarea puroiului în restul timpului — nu mai există şi atunci din cauza excesului de presiune ostium abdominale se deschide evacuând el puroiul în cavitatea peritoneală.

b) *In timpul travaliului.* Contracţiunile uterine în timpul facerei pot rupe aderenţele stabilite anterior prin procesele inflamatorii anexiale şi deci să facă să se deschidă un pyosalpinx sau să provoace evacuarea puroiului prin ostium abdominale tocmai prin mecanismul trecerei fătului prin canalul pelvi-genital. Mai mult se admite că contracţiunile uterului se pot propaga la trompe şi să producă de asemenea evacuarea puroiului în cavitatea abdominală.

Chiar diferitele manevre, forceps, versiuni, expresiune abdominală pot provoca atari accidente.

Anexitele pot constitui câteodată în cursul facerei o cauză de distocie, caracterizată prin defecte de acomodaţiune, prezentări vicioase etc. La maternitatea în 1917 D-l Dr. Ignătescu a avut un caz tipic de pyosalpinx operat, ce forma cauză de distocie.

c) *Lehuzia.* Budin susţine că «accidentele din timpul lehuziei apar nu la 5 sau 6 zile după facere, dar mult mai degrabă. Ele isbucnesc rapid şi brusc».

E neîndoios că în acest timp pot surveni complicaţiuni, ce pot fi clasate în complicaţiuni precoce şi tardive. Blanc publică mai multe cazuri de complicaţiuni salpingiene tardive în tratatul său asupra inflamaţiilor peri-uterine. Pathogenia primelor e foarte apropiată de a accidentelor sarcinei. Mecanismul e inversul ca în cursul sarcinei, căci uterul după ce a expulzat conţinutul său, îşi revine şi trăgând anexele sale fixate, poate determina ruptura unei colecţiuni purulente.

In cazuri mai puţin grave au loc simple ruperi de aderenţe chiar mici emoragii, cari vor favoriza reactivarea unei infecţiuni atenuate. E foarte greu să admitem că complicaţiunile acestea precoce sunt rezultatul infecţiunei ascendente.

In accidentele tardive putem admite cu Blanc că «colecţiunile menţinute până atunci strivite prin presiunea conţinutului uterin şi prin presiunea abdominală, se relaxează, se deschid din nou exercitând o adevărată chemare asupra lichidelor care imbibă pereţii lor», şi atunci microorganismele găsesc un mediu prielnic exaltărei de virulenţă.

Manifestaţiile mai tardive ce apar după 5-10 zile şi chiar o lună de la facere pot fi discutabile, căci multe din ele pot fi datorite unei reinfecţiuni. Se ştie că în infecţia puerperală anexele sunt adesea năpădite de infecţiune. La autopsie se găsesc des pungi salpingo ovariene pline cu puroiu. Necropsia femeilor succombate la Maternitatea arată în anii trecuţi un număr de 5 cazuri de acest fel.

Numai unilateralitatea leziunei ar fi indiciu de o infecţiune veche reaprinsă ; altfel ar fi foarte dificil a decela complicaţiunile determinate de o anexită anterioară şi o infecţiune ad-hoc în cursul facerei, aceasta fiind foarte greu de afirmat, fie în timpul intervenţiunei, fie la necropsie.

In unele cazuri trebue să admitem o patogenie mixtă, de oarece infecţiunea poate fi datorită ăgenţilor pyogeni cantonaţi în glandele colu'ui uterin, în repliurile mucoasei vaginale etc., sau veniţi din afară determinând localizaţiuni, numai prin faptul că au găsit acolo un mediu slăbit prin infecţiile anterioare asociaţiuni în special în urma infecţiei gonococcice anterioare, îndoituri ale salpingei cu retenţie, ţesuturi alterate mai puţin capabile de apărare etc. Numai în salpingitele vechi, acelea cari se operează de obiceiu — nu se mai găsesc microbi.

Starea de mai mică rezistenţă (Chambrelent şi Cathala) a femeiei fie în timpul gestaţiei, fie în post-partum permite să fie mai uşor infectată.

Torsiunea trompei

Baudet scrie că în cursul sarcinei acest accident e foarte rar. Insă gestaţia creiază modificări şi deci deplasări ale organelor concomitent cu augmentarea şi contracţiunile uterine şi în special o predispoziţie pentru torsionare a salpingei, ca şi tumorile libere şi salpingitele chistice.

După Prof. Hartmann este o lege la care se supun aceste torsionări ale pediculului tumorilor lichide anexiale. «Ele încep prin căderea înapoi a capătului extern al trompei, ceiace ar produce la dreapta o mişcare în sensul acelor unui ceasornic; la stânga o mişcare în sens invers.» Pinard, Paquy şi Baudet susţin că torsiunea pediculului s'ar face totdeauna în sensul invers al acelor cadranului de ceasornic, oricare ar fi sediul tumorei.

Anatomia patologică

Leziunile duble ale trompei, cu inflamaţiunile catarale, pierderea cililor vibratili ai mucoa ei trompei, îndoiturile trompei şi alte anomalii, constituesc în general cauze de împiedicarea sarcinei uterine. Se citează totuşi cazuri de salpingită bilaterală anterioară în care sarcina uterină s'a produs. (Fritsch şi Martin, Gradl, Hellendall, Bonachi Obs. II-a, Koch, G. Bayler Obs. I-a)

Salpingitele pot lua deosebite forme, catharale sau chi-

stice cu leziuni mai mult sau mai puțin întinse de peri-salpingită, de peri-ovarită, de peiviperitonită și chiar de peritonită generalizată. Salpingele poate fi liber de orice aderență.

Rar vom întâlni abcesul de ovar izolat. Mai totdeauna îl vom găsi însoțit de o salpingită, vom avea un abces salpingo-ovarian. In multe cazuri abcesul de ovar e multiplu, multilocular și la necropsiile făcute la Filantropia provenind dela paciente sucombate la Maternitatea se vede în foaia lor existența abceselor multiple ovariene.

In unele cazuri trompa poate rămâne intactă, fără să participe la inflamație și supurație. Adesea leziunile sunt mici, discrete.

Procesele inflamatorii pot fi unilaterale sau bilaterale. In cazul din urmă sunt distinct predominente de o parte și ușoare de cealaltă parte, deoarece pentru concepție e o condițiune sine qua non. Fecondația poate avea loc dând o sarcină ectopică, în caz de leziuni mari bilaterale a trompelor. Perforațiunile trompei sunt totdeauna evidente la examenul anatomic.

O cauză importantă a complicațiunilor și a generalizărei infecției peritoneale este desvoltarea exagerată în timpul gestației a vaselor limfatice și mai ales în ultimele luni și zile. Aci rezidă explicațiunea stărei de agravare a complicațiilor mai ales în timpul lehuziei, raportată la accidentele post abortum.

In cazul unei anexite abcesul salpingo-ovarian poate fi supus unei rupturi în cursul ascensiunei uterului gravid, ce ridică cu el anexele, și puroiul poate să însămânțeze seroasa peritoneală la diferite nivele. Astfel puroiul lansat în plină cavitate peritoneală va infecta sigur cea mai mare parte din peritoniu, diseminația putând să fie înlesnită mai mult prin ridicarea și mișcările uterului.

Cât despre anatomo-pathologia și caracterele torsiunei trompei sunt aceleași ca și în afară de sarcină.

Forme clinice

Simptomatologie

A. In timpul sarcinei. După concepțiune, femeia care a avut în antecedentele sale puseuri de anexită are dureri din primele zile și mai ales o durere pelviană în primele luni. Această durere se iradiează în partea superioară a coapselor, în regiunea sacrată, către rinichi. Mai în urmă sediul durerilor se schimbă, urcându-se până sub falsele coaste. De obiceiu durerea e numai de o parte. Se calmează prin repaos. Șederea în picioare și mersul o exacerbează. Adesea fiind continuă, reamintește colica apendiculară. Colica salpingiană poate fi foarte violentă, mai ales în caz de hydrosalpinx.

La palpație abdomenul este sensibil, în deosebi în fossa iliacă. Zona dureroasă se poate schimba mai în urmă către partea superioară a abdomenului; adesea rămâne pelviană.

La examenul uterului și anexelor se poate simți des numai un bloc, o massă rotundă de mărimea unei nuci, mandarină, ou de găină sau portocală lipită de uter. Deseori la nivelul trompei există dealungul marginei uterului un cordon nodos lipit de uterul mărit. La începutul sarcinei, trompa mărită de volum rămâne la locul său normal. In cursul ultimelor luni ea își schimbă locul, așezându-se lateral la nivelul sau puțin mai jos de ombilic. In unele cazuri rămâne în micul basin fixată prin aderențe și atunci se poate simți numai prin tușeul vaginal. Când uterul nu a devenit încă organ abdominal, ocupând tot micul basin, tușeul vaginal nu ne poate da indicii sigure; numai în unele cazuri degetul percepe o massă bine limitată pentru a fi ușor deosebită de uter, simțindu-se mai ales în Douglas.

Evoluțiea. Durerile pot diminua dispărând sau să persiste până la termen, fără ca alte simptome sau accidente să apară în timpul lehuziei. Durerile mărindu-se pot deveni acute, bol-

nava poate pi rde sânge, chiaguri şi sarcina să se întrerupă, oul, embrionul sau foetul să fie expulzat. Avortul efectuat, pot surveni îndată complicaţiuni cu puseuri acute. Durerile violente sileşte pe bolnavă să stea la pat. Ea poate avea vărsături verzui. Temperatura arată 39°, chiar şi mai mult şi abdomenul se balonează uşor. Tuşeul vaginal nu mai poate delimita uterul, care e prins, imobilizat în massa de împâstare difuză a micului basin. Printr'un tratament medical raţional şi adequat cazului, totul se poate amenda şi sarcina să ajungă la termen (Obs. V-a). In teza sa şi De Véslan arată câteva succese. Câteodată însă stingerea procesului inflamator e lentă şi putem avea o extindere a infecţiei la peritoniu.

Peritonita. Este consecutivă rupturei unei colecţiuni purulente a trompei sau ovarului, sau evacuărei puroiului prin ostium abdominale, însoţită de tot cortegiul dramatic al peritonitei prin perforaţie. Debutul e brusc, cu dureri vii mergând până la provocarea unei sincope. Localizată la început într'un punct limitat, ea difuzează generalizându-se repede la întreaga seroasă peritoneală. Pulsul se accelerează, temperatura atinge 39°, 40°. Starea generală se agravează; la ochii bolnavei apar cearcăne negre, faţa devine lividă, pământie. Peretele abdominal e retractat, iar mişcările imprimate de respiraţie nu mai apar. Abdomenul e foarte sensibil şi dureros. Muşchii abdominali se contractă energic la atingere; există hyperestezie cutanată. Nici materiile fecale şi gazele nu-s eliminate.

Indată păretele abdominal se distinde, dând o rezonanţă timpanică. Apar vărsăturile, ce se repet des, pulsul mic, incontabil şi temperatura se menţine ridicată sau cade. Adesea în 24—48 ore sau în câteva zile bolnava moare.

Ch. Baudet dă o statistică după *Prof. Brindeau*:

Peritonita în cursul sarcinei	In primele 3 luni	peritonita	10	ori.
	La 4 „	„	3	„
	„ 5 „	„	1	„
	„ 6 „	„	4	„
	„ 7 „	„	2	„
	„ 8 „	„	2	„
	„ termen	„	10	„

B. *Travaliul şi post-partum.* Complicaţiunile salpingiene s'au manifestat odată cu travaliul în observaţiunile lui Clénet, Rob, Mary. Cele mai adesea, simptomele apar după facere la un mic interval. Budin insistă asupra ivirei brusce a conplicaţiunilor, ceeace trebue să ne facă atenţi în privinţa anexitelor.

Infecţia poate evoluà după tipul infecţiunei puerperale legere, forma uşoară (Dr. Nissim), aceia care dă localizaţiuni în organe: ovar, trompă etc., cu colecţiuni ce pot veni să bombeze în Douglas sau să atingă peretele abdominal anterior. Infecţiunea instalată temperatura se ridică la 38°, 39° şi chiar 40°, de a 2-a zi, prezentând mici oscilaţii de 1—2 grade între seară şi dimineaţă. Pulsul accelerat rămâne totuşi în concordanţă cu temperatura. Bolnava are faciesul puţin colorat, abdomenul balonat, se plânge de dureri de cap, greaţă, oarecari vomismente şi dureri, ce atrag atenţiunea dela început, chiar după câteva ceasuri dela facere. Durerile au sediul în micul basin, rinichi, cu oarecari exacerbaţiuni. Lochiile au un aspect bun. Intr'un fund de sac se poate simţi o massă dură şi sensibilă, nelimitată: sunt anexele inflamate însoţite de reacţiunea peritoneului vecin. Orificiul intern al colului este închis. Pe laturile uterului se poate delimita o tumoare fixată sus, iar uterul în întregime pierde din mobilitatea sa. Cu un tratament medical bine aplicat vindecarea se obţine în 15 până la 21 zile, sau în alte cazuri vom avea o colecţiune limitată.

Dar procesul infecţios poate lua forma gravă de septicemie, de febră puerperală gravă. Baudet, Baldy, Guillemet raportează asemenea cazuri. Frissonul caracteristic apare din prima, a 2-a sau 3-a zi, cu acceleraţia pulsului, febră, durere acută, balonarea abdomenului. Tratamentul medical e ineficace. Cu intervenţiunea chirurgicală în cazuri excepţional de rare se obţine vindecarea. Baldy publică un caz vindecat după intervenţie.

Peritonita. Travaliul, prin traumatismul său inevitabil, poate produce ruptura unui pyosalpinx în unele cazuri, sau cel puţin leziunile produse în timpul facerei nu se evidenţează decât mai târziu după expulsia foetului. Semnele complicaţiunei apar în puerperium, în general, în cele 24—47 prime ore, şi sunt acelea ale rupturei din timpul sarcinei, însă evoluţia e mult mai rapidă. Sfârşitul este aproape totdeauna fatal, terminându-se cu moartea.

Torsiunea trompei (salpingei)

Accidentul acesta poate avea loc în *primele trei luni* ale sarcinei, după *Delassus*; în a patra lună, (*după Pinard*) sau la *sfârsitul gestației* (*Pinard*, *Pèreiere*). E acelaș lucru, ce se observă de altfel și în cazurile de chist al ovarului coincidând cu sarcina, când această frequență formează regula pentru perioadele citate.

Pinard arată că acesfe crize de torsiune a pediculului trompei se repet adesea de mai multe ori în timpul aceleiași sarcini. Ele pot da naștere, de obiceiu la erori de diagnostic, putându-se confunda cu o apendicită, cu o colică nefretică sau cu torsiunea unui chist de ovar, etc.

«Semnele nu au nimic particular; sunt acelea ale torsiunei pedicului hydrosalpinx-ului în afară de sarcină: durere bruscă, violență, sincopală, în abdomen; iradiațiuni dureroase în regiunile inguinale sau pe față internă a coapselor, vărsături, stare de schock temperatură normală sau dedesuptul normalei, pulsul rapid. Abdomenul este dureros și balonat. Durerea prezintă maximul său de intensiiate pe una din marginile (laturile) uterului. Dacă sarcina este la începutul său se simte ușor tumora care este acolată uterului gravid. Dacă din contră femeea este la termen, cele mai adesea hydrosalpinx-ul trece neobservat». (Baudet).

Când crizele s'au stins, femeia poate să se vindece pentru moment, dar cele mai adesea crizeie se repet și gravitatea simptomelor clinice reclamă intervențiunea chirurgicală.

Diagnostic

In general diagnosticul este dificil, datorită uneori puținelor și micilor simptome subiective, fie dificultăților de examen obiectiv al anexelor, în deosebi în cursul jumătății a 2-a a sarcinei. Diagnosticul diferitelor forme clinice are o importanță mare asupra mersului sarcinei, asupra efectuărei facerei și asupra post-partum-ului.

Cauzele de eroare de diagnostic sunt foarte numeroase.

I. *Diagnosticul de salpingită coincidând cu sarcina*, întâmpină adesea mari dificultăți. Istoricul maladiei e de un mare folos. Din antecedente aflăm că bolnava avea scurgeri verzui ce întăreau cămașa; că avea menstruațiuni dureroase ce o sileau să stea în pat

câteva zile, stare ce uneori se însoţea de temperatură 38°—39° (obs. II, III, IV) şi balonare a abdomenului. La unele bolnave putem afla că au avut unul sau mai multe avorturi, că a avut febră şi dureri ale pântecelui.

Printr'o palpaţie uşoară, dulce, vom încerca să vedem starea anexelor şi să aflăm sensibilitatea lor, care adesea în timpul gestaţiei, în afară de orice inflamaţie este mărită, exagerată. La o pacientă nervoasă examenul bruscat provocându-i dureri vii, ne poate induce în eroare. Durerile din timpul sarcinei pot fi în legătură cu o nevralgie ovariană asupra căreia Chaignot şi Budin au insistat. Insă în majoritatea cazurilor durerile anexiale sunt datorite leziunilor inflamatorii.

După perioada la care examinăm sarcina, diagnosticul e diferit a) *La începutul sarcinei* femeile au dureri abdominale, fie că sunt sau nu «genitale». La o sarcină desvoltată într'un uter cordiform în primele luni durerile au fost mai vii, aproape continue şi ar fi putut induce în eroare, dacă malformaţiunea, spune Baudet, n'ar fi fost observată.

O apendicită poate complica sarcina; atunci locul durerii este la dreapta, mai sus ca de obiceiu, punctul lui Mac Burney ocupând o situaţie mai superioară şi externă ca locul durerilor salpingo-ovariene. Tactul vaginal nu poate găsi procesul inflamator apendicular. Această eventualitate nu e aşa de rară şi Ch. Wagner în teza sa arată un caz (obs. VI) foarte interesant, când sarcina a fost complicată tocmai de o apendicită. La examenul pieselor după extirpaţia totală a uterului cu anexele şi apendicectomie, s'a văzut că apendicile era acolat impreună cn caecul de un pyosalpinx drept prin puternice aderenţe. El era în stare de inflamaţie cronică. Acest caz mai prezintă interes şi prin faptul că la început a fost luat drept o sarcină extra-uterină dreaptă, fapt pentru care s'a intervenit chiar a 3-a zi; al 2-lea punct de vedere este acela al evoluţiei anexitei, de oarece în timpul sarcinei bolnava a prezentat o dublă anexită, leziunile deminuând net dela dreapta la stânga, arătând în acelaş timp posibilitatea propagărei infecţiunei anexiale de cealaltă parte în timpul uterului gravid.

Dacă în antecedentele pacientei găsim că a avut vre-o criză apendiculară, dacă suferă de constipaţii, cu limba saburală şi acceleraţia pulsului, atunci trebue să ne gândim totdeauna la o apendicită, ce poate fi cauza primă a complicaţiunilor ce survin în cursul unei sarcini.

E mai greu însă de făcut deosebirea între o sarcină corespunzând cu salpingită şi o sarcină extra-uterină. In ambele cazuri găsim o tumoră juxta-uterină, însoţită de dureri subiective. Femeia are mici pierderi spontane de sânge, pe cari le ia drept regule — cari însă n'au caracterul, abondenţa, durata, regularitatea obicinuită şi putem evita greşeala.

Aci p tem aminti sarcina interstiţială, care în multe cazuri are drept cauză inflamaţiile utero anexiale şi confuzia poate ex sta D. prof. Daniel, într'o observaţiune publicată [1]) în «Surgery Gynecology and Obstetrics» arată că o sarcină interstiţială dreaptă a fost socotită la început drept o anexită dreaptă (post-abortivă) şi numai în urmă s'a văzut, după ruperea sarcinei anormale — adevărul, bolnava suferind operaţia indicată. Semnul lui Ruge-Simon al asimetriei uterine — cu verticalizarea fundului uterin, inserţia externă a ligamentu'ui rotund şi mai ales ruptura precoce, evită confuziunea.

Când se grefează într'un corn uterin, avem desvoltarea mare a lui în timp ce corpul uterin e foarte puţin mărit.

Existând semnele «sympatice» de sarcină, oprirea regulelor am putea să avem aface cu sarcină, — complicată de o tumoare adiacentă. Insă moliciunea cornului uterin nidant e mai mare ca a unei tumori ovariene sau salpingiene, contrastând mai ales cu fibromul uterin. Falşa tumoare se contractă sub degete când e palpată şi massată.

Fibromul subperitoneal, în special al peretelui posterior poate da loc la eroare de diagnosric. Insă fibromul e dur şi făcând corp cu uterul se mişcă împreună cu el. Nu se găseşte despărţitura caracteristică din sarcina cornului uterin şi cea interst ţială. Prezenţa mai multor nucleuri dure în massa fibromului lă-

---

1) Prof. C. Daniel, Surgery Gynecology and Obstetrics. Chicago, No. XXXIV, 1922. Ianuary.

mureşte diagnoza. Eroarea poate exista şi în caz de hematocel închistat. Ruptura sarcinei tubare dă emoragii, negricioase la examen cu resturi de caducă. Accidentul vine cu bruscheţă, temperatura poate rămânea normală, paliditatea pacientei e mai remarcabilă şi tuşeul vaginal depistează o massă voluminoasă în apropierea uterului.

In primele luni ale gestaţiei, în multe cazuri intervenţiunile pentru provocarea avortului, perforaţia uterului, metrita septică pot provoca accidente plauzibile de o complicaţie anexială. Morala pacientei, violenţa complicaţiilor, lipsa de localizare periuterină — ne vor identifica asupra adevăratei cauze.

Diferitele afecţiuni peri-uterine vor fi diagnosticate ca şi în afara sarcinei. Desvoltarea uterului gravid, ocupând micul bazin, va îngreuia mult diagnoza cazului. In caz de pelvi-peritonită, după un puseu acut de anexită, dacă sarcina n'a fost anterior observată e greu de stabilit ulterior diagnosticul. Inglobat într'o massă de inflamaţie întinsă, uterul e greu de recunoscut Examenul fiind foarte dureros, e posibil numai sub anestezie uneori. In aceste condiţiuni vom găsi un col suplu şi ramolit, chiar în afară de sarcină. Semnele sarcinei şi starea menstruaţiei ne vor arăta realitatea. Vom ţine seamă de orice tumoră propriu zisă: chist de ovar, chist dermoid, fibrome, ce pot aveà sediul în micul basin şi să se inflameze în anumite condiţiuni în cursul sarcinei.

b) *In cursul sarcinei avansate*, diagnosticul se pretează cu atât mai mult la erori cu cât ea se apropie de termen.

Pyelonefrita poate debuta printr'o durere bruscă, adesea îndepărtată de regiunea lombară, cel puţin la început, cu febră ce atinge 39°, 40°, vomismente şi cu faţa vultuoasă. Ulterior prin palpaţie găsim durerea localizată, cu maximul în unghiul costo-lombar. O analiză a urinelor va fi edificatoare.

Mai delicat e diagnosticul între o anexită şi apendicită.

Examenul abdomenului, întins de uterul gravid devine anevoios şi *Fraenkel* recomandă să examinezi bolnava în decubitus lateral stâng, uterul căzând prin propria-i greutate, iar fossa iliaca

dreaptă devine mai accesibilă examenului. Aceasta se poate realiza la multiparele, cu părețele abdominal flasc, pe când la primipară nu e mare diferență—chinga abdominală fiind puternică.

Turburările digestive, colicele apendiculare în antecedentele pacientei, lipsa cordonului salpingian, împăstarea, înlesnește diagnoza de apendicită. Insă în cele mai multe cazuri îndoiala persistă.

Acelaș sediu de durere ca și în salpingită—îl găsim și în nevralgia abdomino-genitalilor—prin întinderea nervilor, dureri ce există deseori în timpul din urmă al sarcinei. Se întâlnesc deasemenea dureri în regiunea inguinală, pelvis și reg. renală.

Centura abdominală aduce mare folos pacientei suferinde.

Rezultatul examenului practicat este negativ.

c) *Diagnosticul peritonitei* nu este prea dificil. Durerea face dealtfel examinarea bolnavei anevoioasă. Debutul e brusc, durerea acută, ce se generalizează; starea generală rea; temperatura ridicată 39° 40° pulsul accelerat. Abdomenul retractat la început, hyperestezie, absența materiilor și gazelor, apoi distensia părețelui abdominal cu tympanism, existența vărsăturilor, temperatură ridicată și micimea pulsului.

Ne putem gândi la o ocluzie intestinală.

Starea generală se agravează mai încet ca în peritonită, în caz de torsiune a chistului de ovar—lucru ce se întâmplă adesea în cursul sarcinei. Dar vom găsi o tumoare rotundă regulată, întinsă ce crește repede în interval foarte scurt (câteva ore), alături de uterul augmentat de volum.

De multe ori diagnosticul se stabilește după intervenția operatorie sau mai târziu la necropsie.

Putem avea în vedere și vidarea prin perforație a conținutului septic a unui organ abdominal.

II. *In timpul travaliului și post-partum-ului* complicațiile de origină anexială sunt foarte greu distinse de adevărata *infecțiune puerperală*. Precocitatea accidentelor, antecedentele, existența unei masse juxta-uterine dureroase, aspectul normal al lochiilor vor facilita diagnoza.

In *metrita puerperală*, uterul fiind dureros—adesea palpația provoacă dureri mari, ce vor fi luate în părțile laterale ale lui —

drept anexite, explicaţiunea stând în faptul că compresiunea pediculului nervos al uterului produce durere.

Involuţiunea uterină însă e mult întârziată în cazul metritei; lochiile de culoare griză, miros urât, fundurile de sac rămân libere, iar colul e permeabil.

Coudert, Guilbert atrage atenţiunea asupra rapidei retrocedări a tumefacţiunilor juxta-uterine de la mari dimensiuni la un mic nucleu—numai în câteva zile. Această evoluţiune tranşează chestiunea fiind vorba de o *infecţiune*, cu *infiltraţie oedematoasa a ţesutului celular*, cu totul deosebită de flegmonul propriu zis şi de salpingo ovarita.

Aci diagnosticul peritonitei, este totdeauna greu (travaliu, post-partum).

In cazurile când diagnoza de salpingo-ovarită, a fost pusă—peritonita îşi poate recunoaşte adevărata sa cauză. Altfel din cauza durerii la tuseul practicat a balonărei, mărîrei uterului ne putem înşela adesea ori.

Grosse şi Herrenschmidt arată cum numai examenul la necropsie a făcut dovada existenţei unei salpingite cauză a complicaţiunei cu agravare fudroaiantă în cursul travaliului a unui caz, ce fusese diagnosticat de salpingită stângă şi sarcină în luna a patra.

Din cauza accidentului survenit odată cu travaliul s'au gândit la ruptura unui pyosalpinx. Totuşi tuşeul vaginal făcut sub precauţiunea anesteziei cu cloroform, după trei zile de la facere nu a dat de nici o urmă de anexită. Bolnava a sucombat a doua zi.

Putem confunda această formă cu *peritonita puerperală*. Debutul acesteia fiind ceva mai tartiv, cam a 3 a, 4-a, şi a 5-a zi de obiceiu, putem întâlni totuşi—forma fudroaiantă, când peritonita puerperală se instalează cu simptome alarmante chiar de 2-a zi. Ch. Baudet, în teza sa, raportează cazul unei bolnave care «15 ore după facerea normală, cu ruptura tempestivă a membranelor, facere normală complectă fu cuprinsă de semnele violente ale unei peritonite: frisoane, temperatură la 40°, pluls rapid, durere abdominală intensă şi generelizată, vărsături, etc. Iuţeala evoluţiunei a făcut să se creadă că este ruptura unui pyosalpinx. La autopsie sa găsit o peritonită puerperală». Numai fixitatea uterului şi existenţa unei masse extrem de dureroase în unul din fundurile de sac, poate în unele cazuri înlesni diagnoza.

Prognostic

Influența reciprocă a anexitei coincidând cu sarcina este foarte variabilă. După majoritatea autorilor germani putem stabili un prognostic mai favorabil, în sensul ameliorațiunilor și gestației complete (*Abel Koch*, etc.). Statisticele franceze dau un procent mai mare în ceia ce privește agravarea leziunilor.

Statisticele lui *Blanc* și *Prof. Brindeau* dau cam aceleași rezultate însă li se poate face obiecția că nu sunt recente. După *Blanc* am văzut că mortalitatea se ridică la 62% în complicațiunile salpingo-ovariene; iar mortalitatea generală în infecțiunile periuterine cu sarcină este de 42%.

Tot astfel în statistica sa *Prof. Brindeau* arată că mortalitatea generală este de 42%; în salpingită este de 36%; în flegmonul ligamentului larg este de 23%, iar în péritonită de 80%.

El socotește că «în prognosticul salpingitei la însărcinată, trebue să ținem cont de natura afecțiunei primitive. Rezultă, din lectura observațiunilor. că salpingita gonococică predispune mai ușor la accidente — de cât alte salpingite; se găsește — evident — foarte adesea blenoragia în antecedentele bolnavei, ce-a avut complicații în timpul sarcinei».

Mai mult — un caracter de gravitate îl prezintă absența ori cărei aderențe cum este la sapingitele cu infecțiune gonococică.

Dacă într'adevăr — complicațiunile sunt mai rare, gravitatea lor însă e mare; și în deosebi cu cât aceasta se întâmplă mai aproape de termen — cu atât procesul se exacerbează mai rapid și mai funest.

In general anexita constitue o cauză evidentă de avort sau facere prematură.

Dacă complicațiunea survine în apropierea termenului sau după facere desvoltarea exagerată a rețelei vaselor limfatice — constitue un teren de difusiune și generalizare a infecțiunei. Iată de ce în general — complicațiunea e mai serioasă după facere sau în apropierea ei, de cât la început — după un avort.—

Anexele urmând uterul în ascensiunea sa — în caz de revărsare prin perforație sau ruptură a colecției anexiale — în plină cavitate abdominală — accidentul conduce sigur la generalizarea procesului infecțios.—

De un mare interes este prognosticul foetal—quo ad vitam,— şi conduita de urmat la tratament.

Când complicaţiunea se instalează înaintea faceréi — cele mai adesea foetul e expulsat mort.

Walich şi Pinard au arătat că infecţiunea maternă sau toxi-infecţiunea poate trece pe cale placentară, cel puţin toxinele — la copil şi adesea copii născuţi cu aparenţă de vitalitate bună — prezintă curând convulsii, cyanoză, hyper sau hypotermie, fenomene de intoxicaţie profundă şi copiii mor în primele ore sau zile.

In apendicită se pot întâlni fenomene identice.—

TRATAMENT

A. **In anexitele complicate de sarcină.**

In general conduita mediculului trebue să fie în sensul tratamentului pathogenic şi profilactic.

Dacă concepţiunea n'a avut loc, pe când o salpingită evoluează acut sau subacut cu puseuri recente, vom recomanda împiedecarea sarcinei de a se produce, putând fi o cauză de agravare. După producerea fecondaţiei, în cursul sarcinei dacă leziunile nu au tendinţă la supuraţiune, vom adopta o conduită conservatorie, recomandând repausul la pat, păstrând pe cât se poate poziţia orizontală şi o riguroasă igienă ; calmantele în clisme laudanizate sau morfină sub formă de supozitare, injecţiuni 0,02 ctgr. pe zi timp de 5 – 6 zile, evitând astfel avortul sau facerea prematură. Putem încerca preparatele opoterapice (Köhler) şi să facem sterilizarea leziunilor cu ajutorul vaccinurilor (obs. III a), de o curentă întrebuinţare, ce dau mai bune rezultate ca multe alte tratamente. Se întrebuinţează actualmente «stocks-vaccinurile» cu rezultate frumoase, uterul mobilizându-se în scurt timp.

In caz de leziuni unilaterale chiar putem face rezecţia organului bolnav, de oarece se poate evita o complicaţiune şi M-me Boyer, într'o lucrare a sa, arată că femeile astfel operate «au fost mai uşor fecondate, după ce mult timp înainte n'avusese copii.»

Dar nu în toate cazurile această conduită poate fi adoptată, fiindcă nu putem fi siguri de unilateralitatea leziunilor. Pentru aceasta examenul trebue să fie foarte minuţios, folosind toate mijloacele şi procedeele de examen: tuşeul vaginal şi rectal; poziţia declivă; anestezia; iar pentru permeabilitatea trompelor pertubaţia (Dr. Crăiniceanu).

O măsură de prudenţă este ridicarea chiar a unei trompe numai mărită, neseptică, atât de mari sunt riscurile complicaţiilor ce se pot ivi în orice clipă (Bar, Brindeau). Oportunitatea momentului operator este de ales. Indată ce existenţa unei colecţiuni purulente a fost recunoscută, trebue să intervenim deschizând punga pe cale vaginală, colpotomia— când ea se simte prin fundurile de sac; fie în cazuri mai rare per laparotomiam, evitând cele mai adeseaori ruptura lor spontană în marea cavitate peritoneală, care e fatală.

Insă nu e acelaş lucru când se iveşte un puseu acut de anexită, însoţit de un oarecare grad de pelvi-peritonită. Atunci conduita noastră care va fi? Intr'un caz observat de D-l D-r G. Marinescu (obs. III-a) pacienta prezenta o anexită stângă cu uşoare fenomene peritoneale. Făcându-i-se un raclaj pentru avortul ce survenise de către o D-nă Doctor, starea pacientei se agravează şi numai sub influenţa unui riguros tratament medical condus de D-l Dr. Marinescu, leziunile s'au localizat, pacienta ameliorându-se.

Prof. Brindeau crede «că e mai bine să răcim leziunile deşi răcirea e cu mult mai greu de obţinut din cauza congestiunei micului basin şi a mişcărilor provocate tumorei anexiale de uterul ce se desvoltă, — dar să transportăm bolnava într'un serviciu sau sanatoriu pentru a putea interveni imediat ce complicaţiunea vine». In multe cazuri operând la cald, riscăm să deschidem o colecţie cu conţinut foarte septic în acel moment. Un tratament medical bun poate obvia de la multe accidente: ruperea aderenţilor ce izolau focarul infecţios, traumatismul operator periculos fătului şi mamei. Putem evita chiar o intervenţie ulterioară. De Vélian semalează 2 cazuri, fără intervenţie, vindecate. Brindeau, Baudet recomandă necesitatea operaţiei, îndată ce leziuniie s'au răcit.

Vaccinurile au o influenţă utilă. Proteinoterapia de ase-

menea. Băile sărate şi diatermia îşi pot avea indicaţiile. In cazurile de anexite inflamatorii în evoluţie putem încerca şi tratamentul de sterilizaţie prin razele Roentgen, prin metoda de sterilizare temporară, care nu atinge funcţiunea endocrinică a glandei interstiţiale ovariene şi se obţine cu doza *HED*, după metoda lui Seitz şi Wintz. Metoda razelor ultra-penetrante de radium poate fi aplicată, însă înnainte de sarcină, ca şi prima metodă. Toate simptomele dispar. In 35 cazuri s'a obţinut sarcină consecutivă, la termen cu foeţi normali şi viabili. Contra-indicaţie numai în Basedow, psichoze şi mixoedem. (W. Flaskamp. Zentralblatt f. G. No. 17, 1923. *Chéron.* Radiumthérapie des annexites et périannexites).

B. *In sarcina complicată de anexite.* — Atunci când sarcina este complicată de o anexită, ce periclitează gestaţia în evoluţia ei — dând posibilitatea unui avort, vom căuta ca prin repauz complet, injecţiuni cu morfină, etc. să împiedecăm avortul. Vom recurge la mijloce gynecologice, destul de cunoscute pentru combaterea avortului incipient: punga cu ghiaţă, repausul, irigaţiuni antiseptice fierbinţi, chinină per os sau în injecţiuni, morfină, preparate opoterapice (Köhler) etc.

In caz de avort incomplet, retenţie ovulară sau hemoragie gravă, — manevrele intrauterine — se vor putea face numai sub forma cüraj-ului digital.

Saenger (München), arată d. dr. G. Bayler, că recomandă curetajul uterin chiar în avorturile febrile — în cazul de complicaţiuni inflamatorii anexiale.

Peritonita acută

I. *Peritonita din timpul sarcinei*, complicaţie datorită prezenţei fătului în cavitatea uterină, nu necesită golirea uterului, — care trebue proscrisă, — nici curetajul într'o sarcină până la 6 luni, deoarece operaţia produce un traumatism, ce poate rupe aderenţele protectoare şi infecţia se'ntinde în marea cavitate peritoneală. Pronosticul foetal de asemeni e sombru.

In caz de ruptură tubară, — cu durere debutând într'o fossă iliacă, — practicăm o incizie laterală, fie verticală pe marginea externă a dreptului, fie oblică şi uşor curbă ca pentru o apendicită. Găsind anexele le rezecăm; altfel vom pune mai multe

drenuri groase în diferite direcţiuni. La dreapta trebue să ridicăm apendicele bolnav. Anestezia e bine să fie regională, cu stovaină sau nevocaină. Traumatismul trebue evitat ca şi anestezia generală.

Baudet arată regulele pe cari Prof. Lecène le rezumă astfel: «Tratamentul chirurgical al peritonitei acute libere trebue să fie înainte de toate precoce şi patogenic; dacă nu se suprimă cauza peritonitei, şansele succesului post operator vor rămâne cu totul minime, organul bolnav lăsat pe loc continuând să fie o sursă de infecţie, care revenind fără încetare, va sfârşi prin moartea bolnavei».

Salpingectomia sau ovariectomia e necesară constituind actul principal al intervenţiei. Incizia mediană e cea mai recomandabilă, permiţând explorarea ambelor părţi a abdomenului, examenul clinic neputând totdeauna stabili un diagnostic exact al sediului leziunilor — anexele putând fi în situaţie pelviană sau sus în situaţie superioară. Chiar în caz de apendicită e preferabilă incizia mediană, oferind un câmp mai vast.

In intervenţiunile tardive — puls foarte repede, mic — ne limităm la o inciziune suprapubiană sau mai bine la inciziuni multiple abdominale, cu drenaj decliv şi poziţia lui Fowler. (P. Guéniot).

In cazurile de ruptură a trompei sau perforaţia unui apendice, diagnosticul fiind ezitant, vom face o incizie laterală şi la nevoe chiar o nouă inciziune. Puroiul va fi evacuat pe cât posibil, lăsând un tub de dren în Douglas.

II. *In timpul lehuziei* formele infecţiei sunt foarte diferite. Simplul puseu acut va fi tratat medical şi va retroceda. Orice colecţiune va fi evacuată per vaginam sau per laparotomiam.

Când complicaţiunea ia forma infecţiunei puerperale se adoptă o conduită medicală.

După Brindeau distingem 2 tratamente pentru peritonita din acest timp: cea consecutivă avorturilor din primele luni şi peritonita perioadei avansate. Pentru cea dintâi hysterectomia vaginală e operaţia de elecţie, puţin şocantă, oferind un drenaj decliv. Când starea generală e prea gravă recurgem la tratamentul cazurilor din perioda avansată. Aci tratamentul reclamă laparotomia, prin o in-

cizie mediană sau laterală, când diagnosticăm ruptura unui pyosalpinx. Trompa prezentându-se în câmp o rezecăm imediat. Altfel ne vom mulţumi să aşezăm drenuri în diferite direcţiuni pentru a înînlesni scurgerea lichidelor.

In intervenţiune trebue să contăm pe prezenţa aderenţelor, cari pot fi minime «*toile d'araignée*» după expresiunea D-lui Prof. Daniel, dar cari pot avea dimensiuni variabile până la grosimea unui deget. Atunci pare mai facilă intervenţia prin laparotomie mediană. Rezecţia organului bolnav e indispensabilă. După cazuri trebue să practicăm salpingectomia sau hysterectomia.

Ingrijirile post-operatorii sunt acelea a oricărei peritonite difuze.

Rezultatele sunt puţin încurajatoare. In 5 cazuri ale Prof. Brindeau, 4 au fost mortale după intervenţiune precoce 12-48 ore, focarul infecţios fiind ridicat; iar al 5-lea neoperat, moarte după 56 ore (Baudet).

Torsiunea salpingitei chistice în cursul sarcinei, trebue tratată fără întârziere prin laparotomie şi rezecţia trompei. Rezultatele publicate sunt favorabile şi din punct de vedere matern şi din punct de vedere foetal.

Bolnavele operate la începutul sarcinei au născut la termen.

Delassus publică un caz operat la 3 luni.

Pinard « « « « « 4 «

Observaţiuni

Observaţia I. *Clinica Gynecologică — Prof. Daniel, Sarcină în luna II-a cu anexită bilaterală. Avort spontanat. Tratament medical. Vindecare.*

Maria Costea de 36 ani, casnică, intră în serviciul gynecologic al d-lui Prof. C. Daniel în ziua de 31 Oct. 1922, pentru dureri în hypogastru şi fossele iliace, precum şi uşoare metroragii.

Antecedente hereditare. Fără importanţă.

Antecedente fiziologice. In copilărie nimic important; prima menstruaţie a căpătat-o la 12 ani, urmând apoi regulat la 4 săptămâni, având o durată de 4 zile. Măritată la 17 ani, a avut 8 sarcini normale, cu faceri ad terminum şi 2 avorturi spontane (?)

Aniecedente patologice: Neagă orice afecţiune medicală sau chirurgicala.

Istoricul boalei actuale. A debutat acum 3 săptămâni în urma unei căzături (după mărturisirea bolnavei), Imediat a simţit dureri lombare şi în fossele iliace, cari n'au împiedicat-o dela treburile casnice.

Simptome funcţionale. De o săptămână are dureri intense în ambele fosse iliace cu predominenţă în partea stângă, însoţite de metroragii în mică cantitate; în acelaş timp bolnava a observat şi o secreţiune vaginală albă gălbuie. Menstruaţiunea este întreruptă de 2 luni.

Simptome generale. Puls 78; respiraţia 18; temperatura 36.°8 faciesul normal.

Simptome fizice. Abdomenul la palpaţiune prezintă o massă

dură, care se ridică până la 2 laturi de deget deasupra symfizei, indoloră şi neregulată.

Organele genitale externe, nu prezintă nimic anormal.

Organele genitale interne: colul uterin, mic, dur. Corpul uterin mărit cât o sarcină în $2^1/_2$ luni, mobilizabil, indolor, prezentând variaţiuni de consistenţă. Anexa din stânga împâstată şi foarte dureroasă; anexa din dreapta tumefiată cât o mandarină, mai puţin dureroasă.

Evoluţiunea clinică. In noaptea de 2 Noemvrie, bolnava începe să aibă dureri abdominale, din ce în ce mai intense, însoţite de metroragii. După câte-va ore, bolnava a simţit prin vagin eliminându-se un corp mai consistent, de mărimea unui ou de găină, alcătuit dintr'un înveliş membranos transparent prin care se putea vedea un embrion de 3—4 cm. lungime; placenta părea întreagă. S'a făcut o irigaţiune vaginală ferbinte urmată de un tamponament vaginal.

Femeia a mai pierdut sânge 2—3 zile, după care metroragia a încetat complet. In ziua de 11 Noemvrie, părăseşte serviciul prezentând la examenul gynecologic: colul dur, complet refăcut, uterul puţin mărit de volum, anexa dreaptă cât o mandarină, iar cea din stânga îngroşată cât un police, mai dureroasă ca anexa dreaptă.

Observaţia II inedită. *Doctor Bonachi. Dublă anexită. Pelviperitonită. Foetus mort. Pusen acut cu piosalpinx stâng în timpul lehüziei. Intervenţie. Vindecare.*

In Sept 1920 am fost chemat să dau îngrijiri D-nei T. R. care se plângeà că în urma căsătoriei contractată cu 3 luni anterior, a avut de suferit următoarele turburări: o scurgere vaginală care păta rufa în galben — destul de abundentă, trebuinţă imperioasă de a urinà des, urmată de senzaţiunea de usturime la finele micţiunei; după câteva zile dureri în ambele laturi aie pântecelui, mai intense în stânga. Puţine zile în urmă, deşi abia trecuse epoca menstruâlă, are metroragie, care s'a prelungit timp de o săptămână.

Procedând la examenul fizic, se stabileşte diagnoza de vaginită, uretrită, cystită, dublă anexită, mai intensă la stânga. Examenul pe lamă arată gonococcul.

Se institue un tratament ad-hoc și se aplică punga de ghiață pe abdomen.

3 săptămâni în urmă starea locală s'a modificat cu desăvârșire și nu persistă decât o sensibilitate dureroasă a trompei stângi.

In vara anului 1921 — deși bolnava nu se mai plânge de nici o turburare — urmează un tratament balnear la Techir-Ghiol. 3 luni în urmă supresiune de menstrue, însoțite de fenomene reflexe de sarcină, pe care pacienta le suportă relativ bine.

Incepând din luna 4-a se plânge din când în când, mai ales după oarecari oboseli fizice — de dureri în partea stângă a abdomenului — cu iradieri în coapsa respectivă.

Intrată în luna a 9 a a sarcinei — fără motiv binecuvântat — începe prin a avea un frisson urmat de o ascensiune termică până la 38°9; concomitent, — la .nceput pierderi mici de sânge, în urmă ceva mai abundente. Temperatura oscilează ziua următoare între 38°1 și 38°9. Bolnava pierde lichide. Foetul viu. Micile pierderi de sânge persistă timp de 5 zile. Incep contracțiunile uterine. Foetul a încetat de a trăi și este expulsat în 3 ore de travaliu. Mort cu început de macerație. Cântărește 2200 gr. Placenta enormă 900 gr. S'a trimis foetul și placenta D-lui Prof. Babeș spre a fi examinate din punct de vedere al sifilisului, pe care D-sa l'a confirmat.

Mersul leuziei normal în primele 7 zile. Uterul involuează în mod treptat și regulat. A 9-a seară frisson violent, febră 40°, dureri vii în fossa iliacă stângă. La tactul bimanual: la stânga uterului se simte anexa din acea parte de mărimea unei mandarine — extrem de dureroasă la palpare. Țesutul celular al pelvisului se prinde la rândul său, frissoanele se repet zilnic, temperatura oscilează între 38°,39°7 seara. A 7-a zi se simte în fundul de sac posterior și lateral stâng o massă fluctuentă, care bombează în Douglas. A 2-a zi, sub clorotorm se face colpotomie posterioară, se lasă 2 tuburi de dren groase: s'au scurs 400—500 gr. puroiu extrem de fetid.

Mersul post-operator normal. Pacienta părăsește patul vindecată — după 20 zile. Revăzută după 6 luni se constată uterul mic și complet mobil. Anexele cu desăvârșire libere.

Observația III inedită. *Doctor Gh. Marinescu. Anexită stângă. Sarcină în $2^1/_2$ luni. Avort spontanat. Pelvi-peritonită. Anexita dreaptă, Ameliorare.*

D-na M. de 35 ani — vine la consultație în ziua de 29 Noembrie 1922 pentru scurgere abundentă și dureri în fossa iliacă stângă.

Antecedente. Menstruată la 14 ani, menstre regulate; măritată acum $12^1/_2$ ani. Prima sarcină după 7 ani dela casătorie, facere la termen, copilul extras cu forcepsul. A mai avut o întârziere de menstruație acum 2 ani— urmată de hemoragii., însă nu poate precizà dacă a fost un avort. De 2 luni nu are menstruația. Cu ani de zile mai înainte scurgeri albe-gălbui.

Examen. Pacienta slabă, cu stare generală bună, Se plânge de dureri în fossa iliacă stângă și de scurgeri. La examenul genital se constată o scurgere abundentă muco-purulentă, care ese din vagin și din uretră și care examinată la microscop arată polinucleare multe cu *gonococci* intra și extra-celulari, numeroși microbi banali, epiteliu vaginal. Orificiul uretral roșu, tumefiat puțin. Urina turbure în primele 2 pahare, limpede în al 3-lea. Colul uterin moale, întredeschis, corpul uterin mărit ca într'o sarcină de $2^1/_2$ luni. Anexele stângi se simt mărite și dureroase. Cele drepte normale. Secreținea colului conține gonogocci.

Tratament. Spălături vaginale de 2 ori pe zi cu permanganat de k 1/4.000; spălături intravezicale cu permanganat, instilații cu protargol 4% și nitrat de argint 1% în uretră — după spălături intra-vezicale. După 10—12 zile de tratament pacienta începe să piardă puțin sânge. I se recomandă repaus la pat și spălături călduțe. Cu tot repausul femeia avortează spontan după 3 zile. Fiind chemată o d nă mamoșă (doctor) pentru acest avort îi propune *raclajul*, cu toate că i s'a atras atenția asupra *anexitei stângi* și a intecției gonococcice—cu fenomene ușoare peritoneale. Raclajul e făcut. După el fenomene de pelviperitonită, cu reacțiune peritoneaiă. Temperatura $37^0 5$—$38^0 5$. Aceste fenomene s'au ameliorat sub influența permanentă pe abdomen a pungei cu gheață, a spălăturilor și clismelor calde. Inflamația s'a localizat în jurul anexelor drepte, unde după o lună rămâne un bloc cât o portocală, dureroasă, neregulată, cu temperatură $37^0 5$, $38^0 8$, dureri reflexe.

La 30 Decembrie 1922 se încep injecțiuni cu auto-vaccin gonococcic — sub influența cărora fenomenele locale se amendează.

Observația IV inedită. *Doctor P. Topa. Serviciul chirurgical Sp. Colentina. Conf. Dr. I. Jianu. Anexită stângă. Sarcina. Facere prematură. Vindecare.*

Bolnava M. I. de 26 ani, vine în serviciul chirurgical de la Spit. Colentina în ziua de 18 Noemvrie 1921 pentru o scurgere vaginală, dureri abdominale cu predominență în fossele iliace.

Antecedente personale. Menstruația la 15 ani, cu o durată de 5—6 zile, însoțită de dureri numai în prima zi, măritată la 19 ani, neagră orice maladie infecto-contagioasă. Secundipară, prima facere a avut-o la doi ani de la căsătorie; n'a avut nici un avort.

De patru săptămâni, ne spune pacienta, a observat că are o scurgere galbenă vaginală ce-i pătează lingeria, cu usturime la sfârșitul micțiunei, care e mai frecuentă ziua ca noaptea. Ultima menstruație a avut-o în August 25-28, are grețuri, însoțite uneorî de vărsături alimentare, anorexie.

De opt zile a fost apucată brusc de dureri abdominale, mai accentuate în fossa iliacă stângă, dureri ce se iradiau în reg. lombară, cu puțină febră.

Starea prezentă. Bolnava e febrilă, 38.°2 seara. De constituție bună, acuză dureri generalizate în tot abdomenul, mai accentuate în fossa iliacă stângă.

Examenul local. Vulva acoperită de o secreție galbenă. In uretră constatăm de asemenea că există o secreție. Prin tactul vaginal combinat cu palpare abdominală constatăm colul uterin ușor întredeschis, moale; uterul mărit de volum, globulos, căzut înapoi, dureros la presiune, fundul de sac lateral stâng foarte sensibil la tact, anexa stângă cât o mandarină, renitentă, cu o mobilitate redusă; fundul de sac din dreapta puțin sensibil.

Diagnostic clinic: uretrită, vaginită, anexită stângă; sarcină luna III-a.

Se prescrie tratament: repaus la pat; spălături uretrale și vaginale. Examenul secreției arată gonococci intracelulari. După

un tratament de cinci săptămâni, bolnava se simte ameliorată, secreția aproape dispărând. Este concediată din serviciu pe ziua de 12 Ianuarie 1922, fără a putea urmări cursul sarcinei.

19 Ianuarie 1923. Bolnava este revăzută, după un an. Ne-a spus că în a VI-a lună a sarcinei, a avut din nou dureri anexiale pentru care a fost internată la Inst. Maternitatea, unde a născut prematur.

Pacienta a fost tratată ulterior pentru scurgere vaginală și dureri anexiale în Serviciul chirurgical de la Spit. Colentina.

Observația V. *Clinica chirurgicală, Prof. Juvara. Anexită dreaptă. Sareină, Tratament, Ameliorare*

Pacienta Paraschiva Ciutac, necăsătorită, de profesie casnică, în vârsta de 23 ani intră în serviciul D-lui Prof. Juvara la 31 Decemvrie 1922 cu dureri în ipogastru și în ambele fosse iliace, precum și cu o scurgere vaginală.

Istoric. Menstruată la 14 ani, a avut menstrue regulate și normale. A mai avut o sarcină anterioară.

Acum 3 luni a observat lipsa apariției fluxului menstrual. A avut grețuri ulterior și ușoare vărsături.

De 15—20 zile a început să aibă o scurgere nu prea abundentă și cam în acelaș timp a simțit dureri destul de accentuate în fossa iliacă dreaptă și puțin mai în urmă și în fossa iliacă stângă.

Starea prezentă. Starea generală e bună. Se constată la examenul genital o secreție vaginală, varicozități vulvare și o pigmentație mai accentuată a organelor externe. Tușeul bimanual constată colul muiat și ușor întredeschis, uterul în anteversiune, mărit, globulos și puțin dureros. Anexele și în special cea din dreapta mărite și dureroase. Febră ușoară. Anexa din partea dreaptă are mărimea unei mandarine. Uterul este mobil. La examenul abdominal se observă o pigmentație accentuată a liniei albe. Areola mamară intens pigmentată.

Tratament. Repaus în pat. Spălături vaginale fierbinți. S'au administrat clisme calde cu laudanum zilnic. Ameliorare.

Bolnava părăsește spitalul recomandându-i-se să stea acasă la pat și să continue tratamentul.

Observația VI. *Ch. Wagner Thèse de Strasbourg 1920. Pyosalpinx drept. Apendicită. Salpingită stângă. Sarcină luna III-a. Extirpație totală. Apendicectomie. Vindecare.*

Femeie de 37 ani, IV pară; intră la clinică la 1 Iulie; ultimele reguli la 28 April; de 3 săptămâni hemoragii intermitente și dureri în pelvis. Nu a fost niciodată bolnavă înainte.

La examen. Uterul este mărit (a 3-a lună); la dreapta o tumoare moale, fluctuentă, puțin sensibilă, de mărimea unui pumn. Nu există febră. Diagnostic: sarcină extra-uterină dreaptă. Operație 3 zile mai târziu: puternice aderențe între intestin și organele genitale. Uterul e mărit și prezintă la fiecare din coarnele sale o tumoră moale de volumul unei mici nuci.

Pyosalpinx drept-accolat de caecum și de apendice, care se află în stare de inflamație cronică. Salpingită purulentă stângă. Extirpație totală a uterului și anexelor, — apendicectomie, Drenaj prin vagin. Urmări banale. Vindecare.

Uterul conține un foetus de 4 cm.; membranele intacte. Coarnele uterine tumefiate închid fiecare câte un abces.

La examenul histologic nici un semn de tuberculoză. In puroiu absența genococcului,

Observația VII. *Ch. Bandet. Salpingită. Avort. Peritonită. Intervenție. Moarte.* (Thèse de Paris 1921).

Primipară, adusă la izolare în plină peritonită. Era gravidă de 3 luni aproape și suferea de la începutul sarcinei sale. Avea scurgeri albe și prezenta dureri pelviene înainte de a fi însărcinată. Pierderi sanguinolente însoțite de expulsie de chiaguri. Dureri ce conduc la eliminarea unui ou de 3 luni. A 2-a zi ridicare de temperatură cu dureri foarte violente în abdomen, vărsături. Transportată la Spit. Pitié. Stare gravă, facies peritoneal, puls foarte rapid, cianoza extremităților. A prezentat vărsături verzi, dar nu mai varsă. Abdomenul meteorizat, puțin dureros, afară de fossele iliace. La tușeu: colul deschis, uterul mare, imobil, dureros, împâstare în Douglas și fossa iliacă. Fiind date accidentele brusce și antecedentele se

gândește la o pelvi-peritonită consecutivă unei salpingite anterioare sarcinei și complicată de peritonită generalizată cu ocazia avortului.

Intervenție : incizie sub-ombilicală. Revărsarea unui val de puroiu murdar. Se trece mâna înapoia uterului, se scurge puroiu cremos gros. Mâna explorează uterul, care e sănătos. Trompa dreaptă e turgescentă de mărimea degetului mic ; pavilionul este edematiat, violaceu. In momentul când se extrăgeau anexele, se scurge un veritabil jet de puroiu foarte gros. Rezecția trompei și ovarului. Spalare cu ether. Două drenuri. Moarte a doua zi.

Concluziuni

1. Anexitele pot coexista cu sarcina, determinând complicaţiuni de ordin obstetrical şi chirurgical.

2. Influenţa puerperalităţei asupra anexitelor se manifestă sub forma de: puseuri acute de salpingo-ovarită, pelvi-peritonită, peritonită generalizată, septicemie şi rupturi de pungi anexiale în timpul travaliului.

3. Anexita poate împiedeca fecondaţiunea, când este bilaterală. Când în cursul sarcinei se constată anexite duble — e probabil că fecondaţiunea a fost anterioară.

4. Anexita poate turbura evoluţia normală a sarcinei în toate perioadele ei: expunând la avort, facere prematură, distocie; iar în post-partum predispune une-ori la infecţiune puerperală.

5. Terapia anexitei în evoluţie va fi medicală, rezervând tratamentul chirurgical — acelor cazuri, cari nu se modifică prin tratamentul medical şi cari oferă pericol de ruptură în momentul travaliului.

6. Terapia sarcinei complicată de anexită nu diferă — în general — de a sarcinei normale. In cazurile de avort incomplet sau retenţie ovulară — manevrele intra-uterine vor fi permise numai sub formă de cüraj digital, mai ales în prezenţa unei hemoragii grave.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele tezei,
Profesor Dr. **C. Daniel**

Decanul Facultăţii
Profesor Dr. **Toma Ionescu**

Bibliografie

Bar P., Brindeau A., Chamberlent J. — La pratique de l'art des accouchements.

Blanc. — Ann. de gyn., 1874, p. 9.

Baudet Ch. — Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur les salpingo ovarites. Thése de Paris, 1921.

M-me Boyer. — In Baudet Ch.

Brindeau. — Soc. d'ost. de Paris, 1908, 1911; Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie, janvier, février, mars 1917.

Clenet. — Thése de Paris, 1906.

Daniel C. — Interstitial pregnacy. (Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago. No. XXXIV, 1922, January).

Dèlbet. — Suppurations pelviennes chez la femme, Paris. 1891.

De Vésian. — Thése de Toulouse, 1902.

Flaskamp W. — Röntgentiefentherapie bei entzündlichen Adnexererkrankungen. (Zentralblattf. G. No. 17. 1923).

Guéniot P. — Thérapentique gynécologique, 1922.

Goullioud. — Congrès de Chirurgie, Paris, 1894.

Goldenberg-Bayler S. — Anexită și Sarcină. Gynecologie și Obstetrică. T, II. No. 1—2 Dec. 1922 București.

Hintzelmann H. — Chinin als Wehenmittel in der Abortbehandlung. (Monatschritt f. Geb. und Gyn. Band. T. II Heft 2. 1920).

Legueu. — Soc. d'obst. et gyn. de Paris, 1903).

Koch A. E. — Schwangerschaft nach doppelseitigen entzüdlichen Adnextumoren. (Zentralblatt für Gynäk. No. 13. 1923).

Martius H. (Bonn). — Die Komplikation von Schwangerschaft mit Adnexentzündung. (Zentralblattf. G. No. 49, 1920),

Pinard et Paquy. — Soc. d'obst et de péd. octobre, 1901.

Pozzi S. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.

Wagner Ch. — Anexite double et grossesse. Thése de Strasbourg, 1920.